



"Gral. Martín Miguel de Güemes Héroe de la Nación Argentina"

INSTITUTO PROVINCIAL DE SALUD DE SALTA

ANEXO II

PLANILLA DE AUTORIZACIÓN PARA PRÁCTICAS DE CUIDADOR DOMICILIARIO
(completada por el médico tratante)

Correspondiente al período: desde __/__/____ hasta __/__/____

En caso de prórroga indicar fecha de inicio de prestación: __/__/____

DATOS DEL AFILIADO

Apellido y Nombre:

Edad:

Afiliado N°:

Teléfono:

Domicilio de la prestación:

DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

Apellido y Nombre:

Matricula N°:

Diagnóstico:

Especialidad:

Teléfono:

HISTORIA CLÍNICA (Patología primaria, asociadas y complicaciones)

Otras Observaciones